

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 décembre 1898, à 1 heure

PAR

A. GODDE

CANCER

DU

CANAL THORACIQUE

PRÉSIDENT : M. CORNIL, professeur.

JUGES. { MM. BERGER, professeur.
RÉMY, { agrégés.
ROGER, }

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, EDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 décembre 1898, à 4 heures

PAR

A. GODDE

CANCER

DU

CANAL THORACIQUE

PRÉSIDENT : M. CORNIL, professeur.

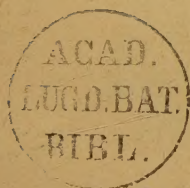
JUGES. . { MM. BERGER, professeur.
 { RÉMY,
 { ROGER, } agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, EDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs.	MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		{ HUTINEL.
		{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique.		LANDOUZY.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.		CHANTEMESSE.
		{ POTAIN.
Clinique médicale.		{ JACCOUD.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.		RAYMOND.
		{ BERGER.
Clinique chirurgicale.		{ DUPLAY.
		{ LE DENTU.
		{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		{ BUDIN.
		{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	EAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS. — A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CORNIL

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

SÉNATEUR

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Au début de ce modeste travail, nous avons à cœur de remercier bien sincèrement tous ceux à qui nous devons un témoignage de reconnaissance.

Nous avons eu l'heureuse fortune de suivre les enseignements cliniques de MM. TILLAUX, POLAILLON, PINARD, DIEULAFOY, POZZI, FOURNIER, TENNESON, CLADO. Nous sommes heureux de leur adresser ici un respectueux souvenir.

Nous tenons à remercier d'une façon toute spéciale M. le D^r LETULLE, médecin en chef de l'hôpital Boucicaut, dont nous avons été l'élève pendant plus d'une année et dont les enseignements nous ont été si utiles et si précieux.

Que M. MATHIEU, médecin à l'hôpital Andral qui nous a donné l'idée de ce travail, veuille bien agréer l'expression de nos sentiments de sincère gratitude et nos vifs remerciements.

Nous avons trouvé en M. NATTAN-LARRIER, interne des hôpitaux, une telle bonne volonté que nous tenons

ici à le comprendre parmi ceux à qui nous devons nous montrer particulièrement reconnaissant.

Que M. le P^r CORNIL veuille bien croire à notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A. G.

Novembre 1898.

INTRODUCTION

Au mois de mai dernier paraissait dans la *Presse médicale* un article de M. Troisier sur le cancer du canal thoracique. Un mois plus tard il arrivait à notre connaissance que M. Mathieu avait à Andral dans son service un malade atteint de cancer du canal thoracique. M. Mathieu, à qui nous avons parlé de notre intention de publier un travail sur ces cas particuliers, nous encouragea alors vivement à en faire le sujet de notre thèse.

Aucun travail d'ensemble n'avait encore été fait en France et à l'étranger : le cancer du canal thoracique n'était signalé par Guzmán que parmi d'autres affections de ce canal. Nous avons donc été obligé d'établir une division dans notre étude, division que nous déclarons tout de suite être sans prétention.

Dans un premier chapitre nous traitons de l'histoire de la question. L'étiologie du cancer du canal thoracique, étiologie assez obscure, fait le sujet d'un autre chapitre.

Nous avons cru devoir ensuite aborder l'étude clinique des cas que nous avons pu nous procurer, étude clinique

qui se base sur les quelques signes qui nous sont fournis par les observations et sur lesquels MM. Mathieu et Nattan-Larrier insistaient encore récemment.

L'anatomie pathologique générale du cancer du canal thoracique était la partie la plus importante de cette question : nous avons résumé en un seul chapitre les caractères communs à cette affection, nous réservant de décrire après chaque observation les caractères particuliers trouvés chez le malade.

Enfin nous terminons par l'exposé des observations parmi lesquelles plusieurs provenant d'auteurs allemands ont dû être traduites. Nous nous sommes efforcé de les traduire aussi fidèlement que possible leur laissant autant que nous l'avons pu leur caractère d'originalité.

HISTORIQUE

Parmi les affections du canal thoracique, il en est une qui jusqu'à présent a été assez peu étudiée. En effet, tandis que l'on trouve parfois des communications et des travaux sur la tuberculose, la suppuration, et autres maladies de ce canal ; par contre l'étude du cancer semble encore tout à fait à l'état d'ébauche. Du reste c'est à peine si dans notre pays on en connaissait l'existence, lorsque M. Troisier, le 21 mai 1898, communiquait trois cas de cancer du canal thoracique qu'il avait pu observer depuis 1890. Lui-même avouait qu'il ne connaissait qu'un cas antérieur, celui de Weigert publié dans les *Annales de Virchow* en 1880.

Pourtant, en cherchant dans les différents pays, nous avons pu en retrouver d'autres cas que nous publions, et sur lesquels nous pourrions nous appuyer pour l'étude de ce cancer.

La première observation que l'on connaisse est due à Cooper en 1798 (1). Il faut ensuite arriver en 1824, époque à laquelle Andral signala un cas de cancer du canal

(1) *Medical Records and Researches*, 1798.

thoracique secondaire à un cancer de l'utérus. En mars 1838, Cruveilhier présentait à la Société anatomo-pathologique des pièces provenant d'un malade mort d'une tumeur de l'abdomen et dont le canal thoracique offrait les lésions du cancer (1).

Virchow, en 1880, publiait deux cas nouveaux de cancer du canal thoracique, l'un semblant lui être personnel, l'autre étant celui de Weigert.

En 1883, Tuzmann, dans une thèse parue à Bâle et intitulée : « Etude sur l'anatomie pathologique du canal thoracique », rassemble le cas de Cooper, celui d'Andral, les deux de Virchow et y ajoute un autre cas, celui-là personnel et qu'il avait observé en 1876. M. Troisier en 1886 communique à la *Société médicale des hôpitaux* une observation due à M. Raymond.

On trouve ensuite dans le numéro de la *Médecine moderne* du 19 décembre 1896 la relation d'une observation due à Schramm, observation fort intéressante puisque le cancer du canal thoracique coexistait avec une ascite chyliforme.

Le 21 mai 1898, M. Troisier faisait paraître dans la *Presse médicale* un article sur le cancer du canal thoracique dans lequel il citait trois faits nouveaux survenus depuis 1890. En outre, on trouvait à la fin de son travail une étude histologique du cancer.

Enfin, MM. Mathieu et Nattan-Larrier ont communiqué récemment à la *Société médicale des hôpitaux* (2)

(1) L'observation a été publiée par M. LEGENDRE, dans le *Bulletin de la Société anatomique des hôpitaux*, en mars 1838.

(2) *Société médicale des hôpitaux*, 2 novembre. Cette communication

une nouvelle observation de cancer du canal thoracique. Ce nouveau cas diagnostiqué pendant la vie du malade, grâce à une étude clinique approfondie et à un examen histologique complet, apportait un nouvel intérêt à la question.

Ainsi l'histoire du cancer du canal thoracique se précisait peu à peu. On voit aisément que dans ces dernières années, les cas de cancer du canal thoracique ont paru plus nombreux, lorsque l'on s'est mis à rechercher méthodiquement l'état du canal thoracique dans tous les cancers des viscères abdominaux. Du reste, en février 1897, M. Letulle à propos d'une communication faite à la *Société médicale des hôpitaux* sur des cas de cancer du canal thoracique, communication faite par M. Troisier, recommandait-il de toujours rechercher l'état du canal chez les malades atteints de néoplasie des organes abdominaux. Lui-même avec l'aide de son élève M. Nattan-Larrier établissait la technique de l'ablation du canal thoracique.

Avant d'entrer dans l'exposé même de notre thèse, nous croyons devoir publier cette technique fort peu connue encore et qui, nous l'espérons, permettra désormais de rechercher beaucoup plus souvent et beaucoup plus facilement une lésion anatomique importante et assez peu connue jusqu'à présent.

Nous ne pouvons mieux faire que de répéter ce que MM. Letulle et Nattan-Larrier ont écrit, laissant ainsi à

contient de nombreuses indications bibliographiques qui nous avaient été obligeamment communiquées dès le mois de juin.

leur communication la clarté et l'esprit de suite qui la caractérise (1).

« On découvre la citerne de Pecquet : pour cela on récline à droite le pilier droit du diaphragme, à gauche l'aorte abdominale ; on aperçoit aussitôt le canal ou la citerne sous la forme d'un vaisseau petit, gros comme une sonde cannelée, vertical, aplati, exangue, logé à gauche de la veine azygos. Quelques coups de ciseaux ou de scalpel le long du tissu cellulaire accompagnant l'aorte abdominale permettent de suivre la montée du canal. On arrive de la sorte sans peine jusqu'au corps de la troisième vertèbre dorsale.

« Pour enlever le canal thoracique, il faut ;

« 1° Scier la clavicule gauche, près de l'articulation acromio-claviculaire ;

« 2° Enlever le paquet vasculo-nerveux sous clavier ;

« 3° Décoller le larynx avec la trachée, l'œsophage et les paquets vasculo-nerveux de la région cervicale droite et gauche ;

« 4° Amputer les deux poumons, enlever le cœur ;

« 5° Amputer l'œsophage au-dessous de la troisième vertèbre dorsale.

« Il reste un paquet cervico-médiastinal comprenant le larynx, la trachée, les deux bronches d'origine, plus la crosse aortique et l'aorte thoraco-abdominale.

« A ce moment, il est bon d'amputer l'aorte abdominale au-dessous de l'origine du canal déjà découverte et d'en-

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 26 février 1897.

lever la masse aortique abdominale conjointement avec le paquet cervico-thoracique.

« Les pièces mises à plat sur la table, on dissèque aisément le canal thoracique : pour cela il suffit de tendre le bout inférieur du canal en le soulevant d'une manière légère et de couper à petits coups de ciseaux :

« Pour ne pas manquer l'embouchure du canal dans le confluent de la veine sous-clavière et de la veine jugulaire interne, on a le soin d'enfoncer doucement deux sondes cannelées, l'une dans la veine sous-clavière, l'autre dans la veine jugulaire ».

ÉTIOLOGIE DU CANCER DU CANAL THORACIQUE

Le cancer du canal thoracique n'est jamais un cancer primitif: il est toujours un cancer secondaire. Nous ne voyons jamais en effet ce canal seul atteint, il y a toujours avec lui un autre organe cancéreux.

En examinant les observations que nous possédons, nous remarquons d'abord que l'influence du sexe est nulle, puisque nous trouvons à peu près le même nombre d'hommes et de femmes parmi les malades. L'âge paraît avoir un peu plus d'influence. C'est en général entre 50 et 60 ans que semble se développer ce cancer. Deux malades (Obs. I et VIII) avaient moins de 40 ans, le premier était âgé de 32 ans, le second de 34.

Si maintenant nous venons à chercher quel a été le cancer propagateur, nous trouvons que :

L'utérus a été incriminé.	4 fois
L'œsophage et le foie.	1 fois
Le testicule.	1 fois
Le rectum.	1 fois
La capsule surrénale gauche et le rein.	1 fois
L'estomac.	2 fois
Tumeur encéphaloïde abdominale.	1 fois

C'est donc le cancer utérin qui semble le plus souvent se propager au canal thoracique. Nous ferons aussi remarquer que le cancer du canal thoracique a toujours été précédé du cancer d'un organe abdominal : en effet, dans les observations que nous connaissons, pas une fois il n'est fait mention d'un cancer du canal thoracique qui ne soit consécutif à un cancer d'un autre organe que ceux contenus dans l'abdomen.

Il faut noter également que le malade atteint du cancer du testicule est mort à 32 ans et celui qui était atteint du cancer du rein à 34 ans. Chez ces deux hommes, le cancer a eu une marche beaucoup plus rapide et la propagation au canal thoracique s'est faite aussi, probablement, beaucoup plus vite que dans les autres cas.

Comment se fait la propagation du cancer du canal thoracique lui-même.

La voie lymphatique étant un des modes de propagation du cancer, il ne faudrait donc pas s'étonner si dans ce cas les vaisseaux lymphatiques étaient incriminés. Chez les malades morts cancéreux on trouve souvent à l'autopsie les ganglions d'une région plus ou moins durs et remplis d'une masse tantôt grisâtre, tantôt rougeâtre. Toutefois nous nous empressons de dire que dans ces cas les vaisseaux lymphatiques ne sont pas forcément cancéreux : mais ce sont ces vaisseaux lymphatiques qui transportent aux organes avoisinant les éléments cancéreux et enfin lorsqu'ils viennent aboutir soit à la citerne de Pecquet, soit directement dans le canal thoracique lui-même, ils apportent dans cet organe tout ce qu'il faut pour qu'à son tour le canal thoracique soit envahi par le néoplasme.

Les organes abdominaux sont accompagnés d'une multitude de vaisseaux lymphatiques qui vont se jeter dans des ganglions, très nombreux dans cette région. La dissémination du cancer se fait alors très rapidement et c'est là peut-être que s'explique l'envahissement du canal thoracique. Il n'en est probablement pas toujours ainsi; parfois les lésions n'arrivent pas jusqu'à lui; mais il faut bien le dire, et ici nous ne pouvons faire que des suppositions, si le cancer du canal thoracique n'est pas plus commun c'est qu'en général le malade épuisé par les ravages de son affection meurt de faiblesse et de cachexie avant que le grand conduit lymphatique soit devenu cancéreux lui-même.

En résumé, nous pouvons dire que la propagation du cancer du primitif aux ganglions se fait par les lymphatiques de cette région. Toutefois nous tenons à répéter que les ganglions peuvent être cancéreux sans que pour cela les lymphatiques le soient nécessairement. Ce sont également les lymphatiques qui deviennent la cause de l'envahissement du canal thoracique.

Le canal thoracique considéré uniquement comme conduit lymphatique peut ne pas être atteint quand bien même on trouverait dans l'abdomen des ganglions lombaires et mésentériques qui le seraient profondément, et nous sommes heureux de pouvoir citer ici, à l'appui de cette théorie, une observation qui nous a été obligeamment communiquée par M. Nattan-Larrier et qui montre bien ce que nous avançons :

Une malade âgée de 45 ans entre le 7 décembre 1897 à l'hôpital Andral dans le service de M. Mathieu. Cette malade tousse

depuis longtemps, et elle a maigri depuis deux ou trois ans d'une façon très sensible.

A son entrée elle se plaint de diarrhée, de douleurs abdominales sans point fixe, d'inappétence et de vomissements répétés. C'est une femme petite, émaciée et d'aspect souffreteux.

On l'examine sérieusement et voici ce que l'on trouve :

L'auscultation du poumon décèle une tuberculose au troisième degré.

L'abdomen distendu montre du tympanisme, mais pas d'ascite.

La malade se plaignant de douleurs gastriques et abdominales, on trouve le maximum de ces douleurs au creux gastrique. Les vomissements alimentaires surviennent très peu de temps après l'ingestion des aliments.

Le 15 décembre l'état est plus satisfaisant.

Le 31 décembre la malade est prise brusquement au matin de dyspnée intense avec douleur thoracique gauche très intense. Elle a une syncope non complète. Les symptômes s'amendent sous l'influence des piqûres d'éther. Les jours suivants l'affaiblissement fait des progrès et elle meurt le 16 janvier 1898 après avoir présenté de la cyanose.

A l'autopsie on remarque :

Un foie de 1^{kg} 300, légèrement granuleux, à surface ferme, paraissant atteint de cirrhose peu accentuée. Il est parsemé tant à sa surface que dans son épaisseur d'une série de noyaux cancéreux variant du volume d'un petit pois à celui d'un grain de mil. Ces nodules sont blancs, légèrement saillants à la coupe, mais ne forment nulle saillie appréciable à la surface même de la glande hépatique.

Le hile du foie est largement envahi par le néoplasme et la vésicule biliaire présente à sa surface un réseau très net de lymphangite cancéreuse. La rate ne présente rien de spécial.

A l'ouverture de l'abdomen on ne trouve pas traces d'ascite. Par contre sur toute la surface du mésentère et même de la paroi antérieure de l'abdomen on distinguait un réseau blanchâtre d'ori-

gine cancéreuse. On trouve des adhérences anciennes siégeant particulièrement au niveau de l'S iliaque.

La petite courbure de l'estomac était extrêmement unie au côlon transverse par une sorte de masse homogène constituée par l'infiltration cancéreuse et la rétraction du côlon transverse. Toute la face antérieure du rectum présente des lymphangites cancéreuses.

Le côlon transverse montre un épaissement très notable de l'épiploon rétracté.

Le mésentère épais volumineux est farci de ganglions qui à la coupe se présentent avec un aspect cancéreux.

L'estomac est petit, à parois épaissies. Il montre deux végétations cancéreuses pédiculées, variant du volume d'un petit pois à celui d'une noisette. La muqueuse semble envahie par le cancer. A quatre travers de doigt du pylore la muqueuse non ulcérée prend un aspect mamelonné. Au bord du pylore existe une ulcération qui traverse toute la paroi de l'estomac. La surface externe de l'estomac, surtout au niveau de la petite courbure, présente de la lymphangite cancéreuse. L'épiploon dans son ensemble présente un aspect épaissi, rétracté, montrant des ganglions et des lymphatiques atteints de cancer.

La tête du pancréas n'a plus trace de structure glandulaire, est nettement cancéreuse.

L'examen des poumons ne montre rien de particulier, si ce n'est des lésions tuberculeuses.

Le cœur gauche montre une valvule mitrale légèrement athéromateuse. Le cœur droit est intact.

Les deux reins sont atteints d'hydronéphrose légère, les capsules surrénales ne présentent rien de particulier.

Le canal thoracique conservé pour l'examen histologique est examiné et nulle part ne se voit trace de cancer, mais les ganglions prélobaires sont largement envahis.

ÉTUDE CLINIQUE

Il est assez difficile de faire une étude clinique approfondie des cas de cancer du canal thoracique et le titre que nous mettons en tête de ce chapitre n'a d'autre but que de rassembler quelques faits, d'appeler plus spécialement l'esprit sur eux et d'essayer d'en dégager quelque instructif enseignement.

Nous devons dire que dans les observations que nous publions, il existe beaucoup de points communs, mais malheureusement nous verrons que pas un de ces signes n'est pathognomonique de l'affection cancéreuse du canal thoracique et que c'est seulement de l'ensemble des signes qu'on peut avoir l'espoir de diagnostiquer un cancer.

Pourtant, dans le cas publié par Schrammer, nous voyons l'attention de la malade et des médecins attirée par le développement anormal et subit du ventre. Ce développement dû à une ascite que rien ne peut expliquer, embarrasse à un tel point pour le diagnostic qu'on se voit forcé de pratiquer une ponction afin de s'expliquer comment a pu se produire cette ascite.

La ponction démontra que, dans ce cas, on avait affaire à une ascite chyliforme, ascite sur laquelle nous

reviendrons au cours de cette étude. Ce cas est tellement différent des autres que nous préférons le séparer et en faire une forme clinique toute spéciale du cancer du canal thoracique. Il existe donc deux formes différentes sous lesquelles se présente d'ordinaire le cancer, l'une latente, l'autre avec ascite.

Pour prouver qu'il existe une forme latente nous allons nous appuyer sur les observations connues.

Nous sommes d'abord forcés de remarquer que jamais on n'avait pensé à un cancer du canal thoracique. Parmi les malades qui venaient dans les hôpitaux, ou du moins ceux dont nous avons pu nous procurer l'observation tout entière, tous ont été reçus pour une affection qui les a amaigris, anémiés considérablement, enfin présentant, en général, tous les symptômes d'un néoplasme. Dans certains cas le diagnostic de ce néoplasme a été fait pendant la vie, dans d'autres il semblerait que c'est seulement à l'autopsie que la preuve du cancer a été fournie. Mais dans aucune de ces observations, excepté dans celle de MM. Mathieu et Nattan-Larrier on ne voit le canal thoracique soupçonné d'être atteint par une lésion cancéreuse; ce n'est en définitive qu'une trouvaille d'autopsie. Ce cancer n'a rien de spécial à lui, son existence n'est pas révélée par le plus petit signe certain et si quelquefois on y pense ce n'est qu'avec toutes les réserves que comporte un pareil cas : on en est réduit à des suppositions et à attendre.

Pourtant on a trouvé dans ces dernières années quelques signes qui paraissent avoir une assez grande valeur, nous allons les énumérer.

Tout d'abord l'existence d'un ganglion situé à l'extrémité interne de la clavicule entre l'insertion des deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, ganglion qui a été reconnu la première fois en 1886 par M. Raynaud : il s'agit d'une femme de 51 ans entrée à l'hôpital Saint-Antoine et atteinte d'un cancer de l'utérus. Il est décrit en ces termes : « Le ganglion situé au-dessus de la clavicule est disséqué avec soin ; il est gros comme un petit œuf de pigeon. Placé à trois centimètres au-dessus de la clavicule sous le bord externe du sterno-mastoïdien il est recouvert par l'omoplate et le cléido-hyoïdien. Il est en dehors de la carotide interne, de la jugulaire interne et du pneumogastrique qui en restent indépendants. Enfin il repose sur l'aponévrose prévertébrale ». Ce ganglion avait été remarqué pour la première fois le 18 octobre et la mort était survenue le 6 novembre (1).

M. Troisier, lui, a été plus heureux et, dans ses trois observations, il note l'existence de ce ganglion.

Ce signe a-t-il une grande valeur au point de vue du cas particulier qui nous occupe ? La critique en a été faite par celui qui l'avait signalé et il dit lui-même : Quant à l'adénopathie sus-claviculaire gauche dont j'ai démontré la valeur sémiologique pour le diagnostic des affections cancéreuses de l'abdomen, elle coexise, il est vrai, avec le cancer du canal thoracique dans les trois faits rapportés, « mais elle est loin d'être l'indice certain de cette propagation ».

(1) Observation de M. RAYMOND, communiquée par M. TROISIER, à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 novembre 1886.

On peut l'observer sans que le canal thoracique soit atteint, du moins en apparence, d'autre part on conçoit que le canal thoracique puisse être cancéreux sans qu'il y ait de ganglion sus-claviculaire.

En sorte que l'auteur lui-même ne reconnaît à la présence de ce ganglion qu'une valeur très relative et ne pouvant fournir un signe certain de diagnostic.

Dans l'observation de MM. Mathieu et Nattan-Larrier on a noté également l'existence du ganglion sus-claviculaire et sa présence a aidé à mettre sur la voie du diagnostic.

Disons encore avant de terminer sur ce ganglion, qu'il faut le rechercher et qu'un bon moyen pour le trouver est de faire tousser le malade.

Comme second signe nous notons dans nos observations un amaigrissement rapide. Dans un cas, l'amaigrissement a été excessif et rapide, puisque le 11 mai le malade pesait encore 66 kilogrammes et le 1^{er} juin, c'est-à-dire trois semaines après, il n'en pesait plus que 62 kilogrammes. Un amaigrissement tel est remarquable, cependant, comme dans tous les cancers les malades perdent considérablement de leur poids, on ne peut le considérer comme un signe certain.

MM. Mathieu et Nattan-Larrier ont encore donné un autre signe tiré de l'examen de l'artère pédieuse. Par moments on ne la sentait plus battre sous le doigt, puis tout d'un coup on percevait quelques battements faibles et assez espacés, on supposa alors qu'il devait y avoir quelque compression au niveau de l'aorte, compression pouvant être exercée par une masse ganglionnaire.

Chez le malade de l'observation on trouve encore l'existence d'un varicocèle double qui était apparu presque subitement. Ce varicocèle apparut à une époque avancée de sa maladie puisque sa mort eut lieu le 10 août 1897 et qu'il n'a été constaté pour la première fois que le 7 avril de la même année. Ce fait se rapproche de ceux qui signalent la présence d'un varicocèle symptomatique d'un cancer du rein.

Voici enfin un dernier signe : il peut exister une phlébite du membre supérieur gauche. Ce fait est noté la première fois par Andral (Obs. II) puis MM. Mathieu et et Nattan-Larrier le notent de nouveau dans le cas qu'ils ont publié.

En résumé nous pouvons dire :

I. Il n'existe aucun signe pathognomonique permettant de faire le diagnostic de cancer du canal thoracique ;

II. C'est tout au plus si on peut invoquer en faveur de l'existence de ce cancer les quelques signes suivants :

1° La présence de ganglions sus-claviculaires ;

2° L'amaigrissement rapide ;

3° L'affaiblissement des battements de l'artère pédieuse ;

4° L'apparition d'une phlébite au niveau du membre supérieur gauche ;

5° Chez l'homme l'apparition subite d'un varicocèle.

Ce sont ces signes cliniques qui ont permis à MM. Mathieu et Nattan-Larrier de penser au cancer du canal thoracique chez le malade dont l'observation nous a été communiquée.

En octobre 1897 (1), un malade entrain au même hôpital se plaignant de douleurs au niveau de l'épigastre. C'était un homme âgé de 57 ans. Il avait toujours joui d'une bonne santé. A l'âge de 27 ans il eut une jaunisse qui guérit assez facilement.

Les douleurs ont toujours été en augmentant. Depuis un mois avant son entrée à l'hôpital il a beaucoup maigri, mais il n'a eu ni vomissements ni hématemèse, ni méléna.

L'examen du malade démontre un amaigrissement notable de tout le corps, une douleur très vive à l'épigastre, en même temps que l'on perçoit faiblement une tumeur. On trouve également un ganglion en arrière de l'articulation sterno-claviculaire et des chefs sternaux du sterno-cléido-mastoïdien. C'est un ganglion, unique, dur, arrondi, gros comme un œuf de pigeon.

Somme toute, on pose le diagnostic de cancer du canal thoracique car on s'appuyait sur les faits suivants: douleurs épigastriques, faible transmission des battements des artères pédieuses, amaigrissement notable, ganglion sus-claviculaire et enfin varicocèle.

A l'autopsie on trouva parfaitement le cancer primitif de l'estomac, mais alors on trouve les artères envahies par l'artériosclérose, et le varicocèle existait en même temps qu'une hydrocèle. Derrière l'aorte on trouve une masse ganglionnaire montant le long de la colonne vertébrale dont l'aspect rappelle le cancer du canal thoracique, mais la dissection n'arrive pas à isoler un tractus net et l'examen histologique du canal ne montre nulle part trace de cancer. On avait donc commis une erreur de diagnostic.

Il ne faut donc pas trop s'avancer pour diagnostiquer un cancer du canal thoracique, puisqu'il n'existe aucun signe certain permettant d'affirmer la lésion cancéreuse:

(1) Observation due à l'obligeance de M. NATTAN-LARRIER.

c'est tout au plus si on peut considérer les signes que nous avons donnés comme des signes de probabilité.

Avant de terminer cette étude clinique, nous tenons à faire remarquer que dans certaines observations nous avons trouvé le fait suivant, à savoir qu'il existait quelquefois dans la cavité péritonéale un liquide tantôt clair comme de l'eau (Obs. IV), tantôt jaune sombre avec légers flocons (Obs. VI et VIII). Malheureusement les caractères de ces épanchements n'étant pas histologiquement définis, nous ne pouvons en parler à propos du cancer du canal thoracique avec ascite chyliforme.

La deuxième forme clinique du cancer secondaire du canal thoracique est due, avons-nous dit, à l'existence d'un symptôme spécial, dû lui-même à la présence d'une ascite de composition différente de celle des ascites ordinaires.

Dans l'observation III. citée par Virchow, nous lisons ceci : « Dans l'abdomen on trouvait un liquide comme de l'eau, mais en très petite quantité ». M. Troisier, dans son observation qui porte le n° II. note également la présence d'une ascite très abondante. Nous ne voyons pas trace d'ascite signalée dans les autres observations. Mais cette ascite ne présente rien d'anormal, puisqu'aucun de ces deux auteurs ne pense à analyser le liquide ascitique, aussi avons-nous rangé ces deux cas parmi les formes latentes du cancer du canal thoracique.

L'ascite à forme spéciale dont nous voulons parler est l'ascite chyliforme, déjà connue depuis longtemps il est vrai, mais dont la pathogénie a été attribuée une seule fois aux lésions cancéreuses du canal thoracique,

MM. Hertz et Luys, le 8 octobre 1897, communiquaient à la *Société médicale des Hôpitaux* l'observation d'une malade cancéreuse, ayant présenté de l'ascite chyliforme. Le cancer primitif venait de l'estomac. Ces auteurs cherchèrent l'état du canal thoracique : malheureusement ils ne purent sûrement reconnaître la trace de ce vaisseau ; nous devons donc renoncer à nous appuyer d'une façon décisive sur cette observation.

Le seul cas de cancer du canal thoracique avec ascite chyliforme que nous connaissions est dû à Schramm qui en a publié l'observation en Allemagne, observation appartenant à Leydecker, et qui a paru seulement en France dans le n° de la *Médecine moderne* du 19 décembre 1896. M. le Pr Hayem l'a également signalée dans la *Revue des sciences médicales*, tome L, page 148, paru en 1897.

Cette observation est unique, nous croyons devoir la publier à notre tour et la faire suivre des quelques réflexions qu'elle nous suggère.

Une femme de 53 ans entre à l'hôpital le 2 janvier 1896, se plaignant de voir grossir son ventre. Toujours bien portante jusqu'à il y a un an, où elle commença à perdre ses forces et à maigrir. L'appétit est mauvais et les troubles gastriques consistent surtout en une sensation de pesanteur après les repas.

Au mois d'octobre 1895, à la suite d'un violent effort, la malade ressentit une violente douleur dans l'abdomen transversalement. Un mois plus tard, douleurs dans le dos, violentes au point de forcer à garder le lit. Le 20 décembre, elle s'aperçoit que son ventre avait brusquement augmenté de volume.

Examen de la malade. — Teint jaune paille, mais état général assez bon. Rien d'anormal à l'examen du thorax, mais ventre

saillant. Circonférence au niveau de l'ombilic, 104 centimètres. Sac tympanique à la percussion des régions iliaques ne changeant pas avec les changements de position. La matité commençait à trois travers de doigt au-dessous de l'apophyse xiphoïde et s'étendait jusqu'à la symphyse en ligne droite. Sensation de flot très nette dans la région où il y a tympanisme. Foie et rate impossibles à sentir. Organes génitaux sains. Pas d'albumine ni sucre.

Le diagnostic étant très indécis, on pratiqua une laparatomie exploratrice et à l'incision il s'écoula 16 litres d'un liquide blanc jaunâtre, laiteux.

On explora la cavité abdominale sans trouver une explication suffisante de cette ascite. Le lendemain, température 38°,5. Pouls 125-140. Anxiété de la malade. Vomissements verdâtres. Mort 48 heures après opération.

L'autopsie montra :

Un thorax sain. Un peu de pus sanguinolent dans le petit bassin. Pas de péritonite adhésive. Au voisinage de la tête du pancréas, se trouve une tumeur dure du volume du poing, non adhérente à l'estomac, de forme irrégulière, s'étendant jusqu'à la troisième vertèbre lombaire en couvrant les vertèbres de petits noyaux friables. Noyaux métastatiques dans le foie au niveau de la veine porte et à la surface de la vésicule biliaire. Une vingtaine de calculs de bilirubinate de chaux.

Derrière l'aorte et le long de la colonne vertébrale se trouve un cordon, sans lumière, dur, ferme, épais, avec par places des étranglements.

Il s'étend depuis la première lombaire jusqu'à l'embouchure de la veine sous-clavière dans la jugulaire. Cordons accompagnés de ganglions lymphatiques infiltrés, dont un paquet entoure l'embouchure de la veine sous-clavière dans la jugulaire et l'étrangle.

Examen microscopique de la tumeur principale et des métastases démontra un carcinome du canal thoracique. Il s'agissait donc d'une ascite chyloforme proprement dite et non d'une ascite adipeuse, car l'examen microscopique et chimique du liquide

ascitique a démontré qu'il ne différait du chyle que par sa teneur moindre en albumine et en graisse (25 pour 100 et 70 pour 100), ce qui est le premier cas où le liquide de l'ascite chyloforme se rapproche tant du chyle par sa composition.

ANALYSE DU LIQUIDE DE L'OBSERVATION

Densité à 15°	1014
Réaction faiblement alcaline.	
Eau.	95,17
Matières solides.	4,83
Substances minérales.	0,65
Albumine.	2,40
Graisse.	0,70
Sucre.	traces
Peptones.	beaucoup
Pigments biliaires.	nuls
Chlorure de sodium.	beaucoup
Phosphates.	nuls

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Le premier symptôme qui attire l'attention de la malade est le développement rapide de l'abdomen. Or, ce développement a eu lieu brusquement à la suite de l'effort violent, suivi d'une douleur très vive dans l'abdomen, effort signalé par la malade? Non, le traumatisme a lieu au mois d'octobre 1895, et ce n'est que le 20 décembre suivant que la femme s'aperçoit que son ventre avait brusquement augmenté de volume. Nous soulignons le mot brusquement car l'ascite semble s'être développée immédiatement après le traumatisme et donne à penser que cette ascite n'est pas toujours une affection chronique. D'ailleurs, depuis longtemps déjà, on connaît des ascites se développant brusquement et quelquefois en quelques heures.

En second lieu, faut-il rejeter complètement l'influence du traumatisme sur cette production de l'ascite ? Dans ce cas il semblerait qu'on doive laisser à ce traumatisme une assez grande part à l'apparition de l'ascite, puisque c'est fort peu de temps après l'effort que l'on s'aperçoit que le ventre est distendu ; mais jamais le traumatisme n'a été invoqué comme pouvant engendrer plus tard une ascite, et en définitive chez le malade qui fait l'objet de l'observation, tout en ne niant pas l'influence du traumatisme, peut-on penser que les faits se sont passés comme nous les voyons habituellement. Il est vrai de dire que la pathogénie de l'ascite chyleuse en particulier est assez obscure. Bien des théories, en effet, ont été imaginées pour expliquer cette production.

Le P^r Quincke, de Berne, à propos d'une femme ayant présenté une ascite chyleuse, avait porté le diagnostic d'ascite produite par la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux dont le contenu s'était déversé dans la cavité abdominale, le siège et la cause de cette rupture n'étant pas connus. L'autopsie montra les chylofères de l'intestin dilatés, les glandes petites sans amas de chyle. Le canal thoracique normal, seuls les vaisseaux chylofères étaient rétrécis et même fermés. Pas de trace de rupture. Aussi, dans une autre observation, publiée quelque temps après, le P^r Quincke arrive-t-il à cette conclusion que l'ascite est due aux obstructions qui se sont formées dans les vaisseaux et les ganglions qui servent à la filtration et à la conduite du chyle.

Hermann Smidt dans un cas d'ascite chyloforme

trouva les chylières intacts et le canal thoracique aussi.

Rokilansky chez une femme présentant également une ascite chyloforme trouva les canaux lymphatiques dilatés, les canaux débouchant dans la citerne de Pecquet ayant des parois épaissies, doublées de volume, un canal thoracique obturé en plusieurs endroits. Marton explique la présence d'une ascite chyleuse chez un enfant de 2 ans par une compression du canal thoracique. Oppolzer trouva un caillot dans le canal thoracique ; mais les chylières et le canal qu'on avait supposé déchirés étaient intacts.

En 1886, le regretté Pr Strauss, faisant une étude sur un cas d'ascite chyleuse, trouva deux petites fistulettes en deux points au-dessous des ganglions dégénérés. L'autopsie avait été faite avec le plus grand soin.

Et il concluait en disant que l'épanchement chyloforme résultait toujours d'une lésion ou d'un obstacle siégeant sur les vaisseaux chylières, les ganglions ou le canal thoracique. L'irruption du chyle dans le péritoine a lieu alors soit par franche solution de continuité des chylières ou du canal thoracique, soit par transsudation.

En définitive nous voyons que les auteurs ont deux théories pour expliquer la production de l'ascite chyloforme, les uns l'attribuent à l'arrêt de la circulation de la lymphe par compression ou obstruction, les autres, à une déchirure des chylières ou du canal thoracique.

MM. Hirtz et Luys, dans leur observation d'ascite chyloforme dont nous avons dit quelques mots, sont d'avis qu'il faut incriminer dans leur cas la compression et la rupture du canal thoracique et ils ajoutaient : « Bien

qu'il ait été impossible de reconnaître d'une façon certaine la présence de ce conduit lymphatique et la déchirure de celui-ci, on pourrait penser que la propagation si active du cancer stomacal n'avait pas épargné le canal thoracique, l'avait étouffé et détruit.

Nous regrettons que dans l'observation de Schramm la description du canal thoracique ne soit pas plus complète. Cependant dans le cas présent nous pouvons, je pense, admettre que l'ascite chyloforme est due au changement histologique des parois du canal, à son oblitération et alors nous la rangeons dans la catégorie des ascites par transsudation. C'est dire que nous adoptons la théorie de Strauss, théorie qui semble la plus juste et la plus scientifique.

L'ascite chyloforme peut donc exister avec un cancer du canal thoracique. C'est là, il est vrai, une complication rare, et nous ne pouvons que regretter que MM. Hirtz et Luys n'ait pas pu trouver le canal thoracique dans l'observation d'ascite chyloforme qu'ils ont publiée (1), cela aurait été le second cas, cité dans les annales médicales.

Le diagnostic du cancer du canal thoracique n'avait pas été posé chez le malade de Schramm, et nous ne pouvons faire remarquer qu'une chose, c'est que le ganglion sus-claviculaire n'est pas signalé.

En résumé, nous voyons que le cancer du canal thoracique avec ascite chyloforme est très rare; que le diagnostic n'est pas beaucoup plus facile à établir que celui de

(1) *Société médicale des hôpitaux*, octobre 1897.

la forme que nous avons appelée latente, et qu'en définitive la présence d'une ascite chyliforme ne peut être invoquée comme la certitude d'un cancer existant.

Le nombre des observations de cette variété est beaucoup trop restreint pour pouvoir permettre d'établir un point bien déterminé de diagnostic et nous n'osons pas conclure que l'existence d'une ascite chyliforme chez un malade cancéreux indique une lésion également cancéreuse du canal thoracique. Toutefois, il sera bon d'avoir ce cas, présent à la mémoire, cela permettra peut-être de soupçonner parfois l'existence d'une lésion se traduisant par des signes si peu certains.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE DU CANCER DU CANAL THORACIQUE

Nous allons maintenant exposer quelques éléments d'anatomie pathologique qui nous sont fournis par l'examen des pièces et des observations. Nous nous servirons pour établir ces points anatomiques du travail de M. Troisier et de la communication faite par MM. Mathieu et Nattan-Larrier auxquels nous emprunterons la plupart des faits que nous énoncerons.

Tout d'abord nous devons dire que le cancer du canal thoracique est toujours secondaire. Le cancer primitif appartient à un organe abdominal et il suffit de lire les observations que nous publions pour constater ce fait, aussi n'insisterons-nous pas davantage sur ce point.

Ce cancer se caractérise par la présence du tissu néoplasique dans l'intérieur du vaisseau. On trouve toujours que le canal thoracique est augmenté de volume et c'est d'abord ce qui attire l'attention dans tous les cas connus. La forme que le canal prend alors est un peu différente, selon les points où on l'examine. Tantôt c'est un cordon, raide, dur et roulant sous le doigt, tantôt, au contraire, il semble plus mou à la pression lorsqu'on

le saisit entre les doigts au niveau de ses dilatations. Parfois il décrit des sinuosités, présente des bosselures, il en résulte un aspect tout à fait spécial qui caractérise l'envahissement du canal thoracique par un processus morbide.

On note également que par endroits le canal thoracique présente une apparence presque normale. Les parois de ce canal sont toujours épaissies, mais cet épaississement n'est pas le même dans tous les points : il semble dû à l'envahissement des tuniques du vaisseau par le néoplasme.

La coupe du canal thoracique montre des aspects différents selon la hauteur à laquelle on pratique les coupes. Tantôt on voit que la lumière du vaisseau est remplie par une masse molle et rougeâtre (Obs. I, II, III, V, VI, VII, VIII, X), qui semble par endroit obturer complètement la lumière du canal, tantôt c'est une masse beaucoup plus dure, accolée parfois aux parois et qui obture complètement la lumière du vaisseau (Obs. IV) :

L'altération du canal thoracique peut commencer à la citerne de Pecquet. Cette citerne peut se trouver très distendue, ou encore, comme on peut le voir dans l'observation X, la citerne se trouve remplacée par des crans lymphatiques cancéreux qui viennent se jeter directement dans le canal thoracique. Son abouchement dans la veine sous-clavière peut se faire d'une façon normale, sans que ses parois présentent rien de remarquable, mais là aussi on peut voir des lésions cancéreuses comme par exemple l'existence d'un bourgeon qui vient s'avancer dans la lumière du vaisseau lui-même et flotter à l'embouchure.

Sur le trajet du canal thoracique on trouve toujours des masses ganglionnaires placées les unes à côté de lui, les autres l'entourent complètement de sorte qu'il devient dans ces points adhérent aux ganglions eux-mêmes. Ces masses ganglionnaires sont situées les unes dans la région lombaire et mésentérique, les autres dans la poitrine peu éloignée de l'embouchure du canal thoracique dans la veine sous-clavière. Ces masses ganglionnaires peuvent atteindre un volume considérable. Ne voyons-nous pas dans le cas de Pooper (Obs. I) la masse lombaire arriver à peser 9 livres et demie.

Lorsque l'on examine ces ganglions on constate qu'ils sont souvent constitués par des alvéoles qui laissent échapper à la pression une matière dure, grisâtre, contenant des éléments cancéreux. Les chylifères afférents à ces ganglions sont en général distendus par un liquide ressemblant macroscopiquement à la lymphe. Toutefois nous devons dire que ces vaisseaux chylifères ne sont pas forcément cancéreux et qu'ils peuvent parfaitement rester indemnes.

Le cancer du canal thoracique est presque toujours consécutif à un épithélioma, aussi présente-t-il les signes caractéristiques de l'épithéliome des vaisseaux lymphatiques. Nous disons presque toujours consécutif à un épithéliome et voici pourquoi: dans deux cas, le cancer primitif semble appartenir à une autre variété; dans l'un, le testicule semble être atteint de sarcome, dans l'autre (cas de Cruveilhier), c'est une tumeur encéphaloïde que l'on trouve dans l'abdomen.

Si l'on examine au microscope une coupe du canal

thoracique, on rencontre les caractères généraux suivants. La masse contenue dans le canal et qui semble l'obturer est formée par des cellules cancéreuses. Ces cellules énormes multinucléaires et à gros noyaux se présentent, en général, sous l'aspect cubique, tantôt disposées en travées régulières, tantôt déformées par pression réciproque. Ces cellules entrent également dans la formation de bourgeons adhérents à la paroi interne du vaisseau, venant faire saillie dans la lumière du vaisseau et contenant des travées conjonctives circonscrivant des sortes de petites alvéoles remplies de cellules cancéreuses. On retrouve encore ces cellules à gros noyaux dans l'épaisseur des tuniques du canal thoracique, surtout au niveau des épaissements qui se présentent sur la longueur du canal thoracique. La propagation du cancer se fait donc dans ces cas-là de l'intérieur du vaisseau, c'est-à-dire des couches internes aux couches les plus externes. Exceptionnellement le cancer s'est propagé au canal thoracique par contiguïté, et nous ne pouvons citer qu'un seul cas à l'appui de cette assertion, celui de Virchow relaté dans l'observation IV.

L'épaississement des parois du canal thoracique, joint à la prolifération des bourgeons cancéreux à l'intérieur du vaisseau, a pour résultat de rétrécir la lumière du vaisseau, et l'on conçoit aisément qu'à un moment donné toute circulation de la lymphe soit impossible. Lorsque le canal est comblé, on constate que la masse oblitérante est formée d'éléments cellulaires dont les noyaux sont, en général, difficilement colorables et aussi aux cellules présentant un aspect fibrineux.

Tels sont les principaux points anatomo-pathologiques que nous relevons dans le cas de cancer du canal thoracique. Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet, renvoyant pour plus de détails à la lecture des observations et surtout à la description histologique de l'observation de MM. Mathieu et Nattan-Larrier.

OBSERVATION I

COOPER. — *Medical Records and Researches*, 1798, vol. I.

Un ouvrier âgé de 32 ans souffrait d'un gonflement et d'une douleur du testicule droit.

Un *peu plus tard* une tumeur douloureuse se développait dans l'abdomen dans la région du nombril.

Les souffrances devenant continuelles le malade mourut. Dans les derniers temps il présentait un pouls fréquent, une soif vive, des vomissements et des selles noirâtres. La mort était survenue 7 mois et demi après le début de l'affection.

Autopsie. — La section du testicule droit démontra l'existence d'une masse molle comme de la bouillie ayant l'aspect « de lymphe coagulée et de sérum sanguin ». Les vaisseaux lymphatiques du canal spermatique étaient notablement augmentés de volume et présentaient par endroits de petites bosselures. Ces vaisseaux renfermaient une masse pâteuse presque adhérente aux parois. Les ganglions lombaires recevant les vaisseaux lymphatiques du testicule et du canal thoracique formaient par leur développement exagéré et leur réunion une tumeur siégeant à la région lombaire et pesant 9 livres et demi. Le duodénum et tout l'intestin étaient rejetés en avant.

Le canal thoracique présentait un aspect extraordinaire. Ses parois étaient opaques et il était beaucoup plus rond que d'habi-

tude à tel point qu'il ressemblait plus à un nerf qu'à un tronc principal du canal lymphatique.

Le réceptacle du chyle était rempli par une matière de même nature que celle contenue dans la tumeur et dans le testicule. Cette matière adhéraît fortement à la paroi qui était dure, opaque et irrégulière.

La partie du canal thoracique se trouvant dans la poitrine était aussi infiltrée d'une matière qui comblait le canal. Au niveau de la crosse de l'aorte, le canal thoracique se perdait dans une tumeur de la grosseur d'une grosse noix. Au-dessus de cette tumeur le canal thoracique redevenait normal et se terminait comme d'habitude.

OBSERVATION II

ANDRAL. — Recherches pour servir à l'histoire des maladies du système lymphatique. *Archives générales de médecine*, t. VI, p. 507, 1824.

Une femme atteinte d'un cancer utérin succomba à l'hôpital de la Charité en octobre 1894.

On trouva le col de la matrice détruit et à sa place un putrilage noir et infect, une fistule vésico-vaginale, d'énormes masses cancéreuses dans l'excavation du petit bassin, dans le mésentère.

Ce tissu accidentel formait surtout des masses considérables au-devant de la colonne vertébrale, depuis l'extrémité du sacrum jusqu'au diaphragme.

Le canal thoracique mis à découvert dans la poitrine se montra sous forme d'un cordon généralement blanc, beaucoup plus volumineux que d'habitude. On l'ouvrit et il s'en écoula un liquide blanchâtre et puriforme. De sa surface interne s'élevaient un grand nombre de petits corps d'un blanc mat, irrégulièrement arrondis, ayant, terme moyen, le volume d'un pois. Ces petits corps se continuaient avec le tissu des parois du canal, ils présentaient comme structure une parfaite analogie avec les masses cancéreuses trouvées dans l'abdomen.

Ailleurs on ne trouvait plus de tumeur saillante à la surface

interne du canal, mais les parois de celui-ci avaient subi un accroissement considérable d'épaisseur et comme cet épaississement n'était pas le même dans tous les points il en résultait à l'extérieur un aspect bosselé du canal. Partout où existait un épaississement des parois on s'assura qu'il était dû au développement d'un tissu d'un blanc mat, sillonné çà et là de lignes rougeâtres et ailleurs déjà réduit en une pulpe d'un gris rougeâtre sale assez analogue à la substance du cerveau qui a déjà subi un commencement de putréfaction (tissu encéphaloïde à sa double état de crudité et de ramollissement).

Enfin, près du diaphragme les masses cancéreuses qui entouraient le canal thoracique et qui vraisemblablement avaient leur point de départ dans les ganglions lymphatiques, étaient tellement considérables qu'il fut impossible de suivre davantage le canal thoracique confondu au milieu d'elles.

Sa surface interne présentait en outre en plusieurs points une vive rougeur. Cette rougeur devenait d'autant plus marquée qu'on examinait le canal plus inférieurement. Il faut noter que la veine sous-clavière gauche dans laquelle s'ouvrait le canal thoracique était fortement distendue, depuis son origine jusqu'aux veines cave supérieure et brachiale, par des caillots sanguins, dont les plus externes remarquables par leur densité avaient contracté d'intimes adhérences avec les parois de la veine dont la surface interne était d'un rouge brun et rugueux.

Les autres veines ne présentaient rien de semblable. Y avait-il quelque rapport entre cet état de la veine et l'affection cancéreuse du canal thoracique? .

Je ne sache point d'ailleurs qu'on ait encore publié d'observations relatives à cette espèce de cancer.

OBSERVATION III

CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique, t. II. — LEGENDRE. *Bulletin de la Société anatomique des hôpitaux*, Bulletin I, mars 1838.

Malade, 43 ans, ayant une tumeur abdominale très considé-

nable. Entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 21 octobre 1837, elle meurt le 1^{er} novembre 1837 de péritonite.

Autopsie. — Péritonite. La tumeur abdominale est divisée en deux portions l'une pelvienne, l'autre abdominale par un étranglement qui répondait au détroit supérieur du bassin. Cette tumeur était constituée par une masse encéphaloïde qui résultait de l'agglomération de lobes distincts du volume d'une petite orange, réunis entre eux par un tissu cellulaire assez dense et dont chacun représente un ganglion lymphatique cancéreux : un foyer encéphaloïde s'était ouvert dans le péritoine d'où la péritonite suraiguë et la mort.

Entre la veine cave rétrécie par un chapelet de ganglions lymphatiques cancéreux et l'aorte qui avait conservé sa forme cylindrique et son calibre « on a remarqué le canal thoracique qui est un peu dilaté ; ses parois sont opaques et légèrement épaissies ; à son intérieur ce canal est rempli d'une matière liquide, blanchâtre au milieu de laquelle on trouve des grumeaux complètement libres, d'une substance rosée, molle, de nature encéphaloïde. Ces grumeaux existaient surtout à l'orifice des rameaux d'origine du canal thoracique et au point d'insertion des vaisseaux lymphatiques dans son intérieur. L'ouverture du canal thoracique dans la veine sous-clavière gauche est libre. Sa valvule très apparente n'est nullement épaissie. Dans ce point existe encore un grumeau encéphaloïde de la grosseur d'un pois qui a passé dans la veine sous-clavière par la plus légère pression ».

OBSERVATION IV

VIRCHOW. — *Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medizin*,
p. 214.

Chez un homme mort d'un cancer de l'œsophage et du foie on trouva au niveau de la bifurcation de la trachée une grosse tumeur cancéreuse infiltrée traversée par le canal thoracique qui

y était fixé dans une longueur de 3 centimètres. Au-dessus de cette tumeur le canal était complètement vide et libre. Au niveau du cancer les parois devenaient de plus en plus épaisses, la lumière du vaisseau devenait plus étroite et à la fin disparaissait complètement.

Au-dessous le canal présente un certain temps le même aspect ; mais à partir du point où le centre redevient libre, le conduit se dilate très fortement sous l'action d'un liquide peu épais légèrement coloré en rouge. La citerne de Pecquet atteint la grosseur d'une plume de cigogne.

Les ganglions lombaires et mésentériques étaient un peu augmentés de volume et les vaisseaux chylifères afférents remplis à se rompre. Tous les chylifères, particulièrement ceux de l'estomac, du côlon transverse et de l'intestin grêle étaient très distendus. Les vaisseaux lymphatiques de la cuisse étaient très apparents et les ganglions n'étaient pas encore tuméfiés. Dans l'abdomen on trouvait un liquide comme de l'eau mais en très petite quantité.

Les vaisseaux chylifères contenaient de la graisse, des caillots de fibrine, très peu de sang et des corpuscules de lymphe. Les chylifères de l'intestin étaient faciles à voir et obstrués par des flocons blancs qui ressemblaient à du chyle coagulé. A l'examen microscopique ils paraissaient assez réguliers et remplis de beau coup de graisse.

Le canal thoracique contient beaucoup de corpuscules sanguins, peu de cellules lymphatiques et une petite quantité de gouttelettes de graisse.

OBSERVATION V

WEIGERT. — *Virchow's Archiv.*, Bd. 79, 1880, p. 387.

Un homme de 57 ans mourut d'un cancer du rectum. L'autopsie montra le rectum cancéreux, hypertrophie de l'intestin.

Extension du cancer aux tissus du bassin, au nœud de la veine iliaque gauche externe. Thrombose de cette veine et des veines de la jambe. Cancer des glandes rétropéritonéales.

Cancer du canal thoracique. Noyaux cancéreux dans le foie. Là où le canal thoracique traverse le diaphragme il est fortement distendu et rempli par une masse molle. Au-dessous dans l'abdomen le tronc lymphatique est fortement augmenté de volume au point qu'il mesure 1^e,5 de circonférence. Pourtant la lumière du vaisseau n'est pas complètement fermée. La paroi dans cet endroit dilaté est polie. A 2 centimètres au-dessous de la masse molle existe une autre masse, ovale, unie, rougeâtre adhérent très fortement à la paroi. La dilatation va en s'amincissant et au niveau de la masse ganglionnaire du mésentère elle n'est plus apparente. On ouvre le canal thoracique du haut en bas. Alors la masse remplissante se présente sous l'aspect mou, rougeâtre. Cette formation nouvelle pénètre dans la partie rétrécie à tel point que la lumière du vaisseau n'existe plus. La partie du canal thoracique contenue dans la poitrine mesure 13 centimètres de long et 1 à 2 millimètres de large. A mesure que le vaisseau se rétrécit la paroi va en s'épaississant.

Au microscope on retrouvait les mêmes éléments carcinomateux dans les ganglions lymphatiques, le canal thoracique, et le rectum.

OBSERVATION VI

EUZMANN. — Étude sur l'anatomie pathologique du canal thoracique.
Thèse, Bâle, 1883.

Marie M..., âgée de 60 ans, ouvrière à Bâle. Cette malade présentait un cancer de l'utérus généralisé au bassin et aux glandes rétropéritonéales.

A l'autopsie, on trouva : Cerveau intact. Épanchement jaunâtre dans la plèvre. Poumons emphysémateux avec quelques adhérences au sommet,

Sous le manubrium du sternum, chaîne de ganglions dont l'un gros comme un petit œuf et présentant à la section un aspect brun noirâtre et granulé.

La cavité de l'abdomen contient un épanchement de 30 centimètres cubes d'un jaune sombre avec de légers flocons. L'intestin dans une petite partie est congestionné fortement et recouvert de flocons d'exsudat. Pancréas atrophié.

Au pourtour du petit bassin, on trouve une masse grosse comme une noix, de consistance de fromage, qui à la coupe montre des alvéoles. Cancer de l'utérus, du vagin.

La canal thoracique inégal est dilaté et se termine à son extrémité supérieure par un ganglion dur et tuméfié.

A 3 ou 4 centimètres de l'artère iliaque se trouve un paquet de ganglions lymphatiques, long de 9°,5, large de 4°,5 et épais de 2 centimètres, paquet qui entoure l'aorte descendante, la veine cave inférieure et se confond presque avec ces vaisseaux.

La coupe de ces ganglions montre un aspect poreux et de ces pores s'échappe une masse grisâtre et friable. De ce paquet de ganglions part le canal thoracique allant à droite de l'aorte descendante et qui vient après une largeur de 3°,5 tomber dans un renflement fluctuant, long de 4°,8 et dont la grosse périphérie mesure 8 centimètres.

Puis, sur une largeur de 15 centimètres, le canal mesure dans sa largeur de 3 à 6 millimètres, son parcours est sinueux. On trouve ensuite une dilatation de 4°,2 de long et 2°,3 de tour, sensiblement molle et de forme ronde. 1°,5 au-dessus, le canal montre de nouveau un ganglion de consistance dure. Enfin, après un trajet de 4 centimètres, le canal va déboucher dans la veine sous-clavière gauche et mesure 3 à 4 millimètres de large. La largeur totale du canal thoracique est de 35°,5.

Les ganglions lymphatiques coupés montrent une disposition alvéolaire et de ces alvéoles on peut faire sortir une masse grisâtre, friable et cassante.

Les éléments cancéreux étaient les mêmes que ceux de l'utérus.

OBSERVATION VII

TROISIÈME. — *Presse médicale*, 21 mai 1898.

Homme âgé de 34 ans. Hématurie le 25 juillet 1889. Coliques néphrétiques à gauche les 11 et 14 août. Nouvelle hématurie le 12 septembre. On constate alors dans l'hypochondre gauche une tumeur volumineuse qui paraît faire corps avec le rein. Amaigrissement. Hémoptysie abondante le 3 janvier 1890. A partir de ce moment, dyspnée continuelle avec accès de suffocation; râles humides et sibilants disséminés; crachats abondants, spumeux et muco-purulents, teintés de sang. Le 5 mars, expectoration à la suite d'une violente quinte de toux, d'une petite masse charnue grisâtre, ayant l'aspect d'un débris de ganglion. Asphyxie progressive.

Mort le 15 mars.

Autopsie.— Cancer de la capsule surrénale gauche et noyaux secondaires dans le rein. Champignon ulcéré faisant saillie dans le bassin. Masse volumineuse de ganglions dégénérés, accolée à la partie interne de la tumeur. Dégénérescence des ganglions du médiastin postérieur et des ganglions trachéo-bronchiques. Un ganglion de la grosseur d'une noix dans le creux sus-claviculaire gauche. Lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée, avec noyaux disséminés dans le parenchyme et sur les branches. Œdème pulmonaire séro-sanguinolent.

Dissection du canal thoracique faite par M. Achalme montre qu'il est envahi dans presque toute son étendue. Citerne de Pecquet intacte. La dégénérescence apparaît au delà du diaphragme. C'est un cordon dur, rempli de matière cancéreuse qui va se confondre avec une masse ganglionnaire adhérente avec la grande azygos et en rapport immédiat avec les ganglions dégénérés du médiastin postérieur. Sur une largeur d'environ 5 centimètres, il est accolé à cette masse. Plus haut, reprend son

aspect ordinaire. Après un trajet de 3 centimètres environ, il est le siège d'un renflement fusiforme de 4 à 5 centimètres de long, libre de toute adhérence. Puis, aspect normal jusque près de son embouchure dans la veine sous-clavière gauche. A ce niveau, il est le siège d'une nouvelle formation de tissu cancéreux de la grosseur d'une petite amande et qui se termine du côté de la veine par un champignon à nu dans la lumière du vaisseau.

Examen microscopique montre qu'il s'agit d'un épithélioma.

OBSERVATION VIII

TROISIÈME. — *Presse médicale*, 21 mai 1898.

Femme âgée de 50 ans. Entrée à l'hôpital le 31 mai 1894. Morte le 9 juin. Amaigrissement, teint jaune paille. Ascite abondante. Hydrothorax double. Dyspnée continuelle avec accès d'étouffement. Battements du cœur faibles et précipités. Cancer ulcéré du col utérin avec induration des culs-de-sac vaginaux. Un ganglion sus-claviculaire à gauche et à droite.

Autopsie. — Dans l'excavation pelvienne, masse dure, lardacée, englobant la vessie, l'utérus et les annexes; à la coupe, dégénérescence cancéreuse. Extension du cancer à l'uretère gauche. Petits noyaux secondaires dans le foie.

Dans la cavité péritonéale, liquide jaunâtre, en grande quantité. Même liquide dans les deux plèvres. Quelques noyaux secondaires dans le poumon. Plaques cancéreuses à la face supérieure du diaphragme et sur les parois thoraciques. Ganglions lombaires et sus-aortiques hypertrophiés et dégénérés.

Canal thoracique : Origines se perdant dans une masse ganglionnaire de la grosseur du poing située au-dessous du diaphragme. Présente de place en place des épaissements fusiformes grisâtres. Dans l'intervalle, le conduit reprend son aspect normal. A 3 ou 4 centimètres de sa terminaison, il pénètre dans une masse indurée et lardacée formée par l'infiltration des tissus

et des ganglions de la région sus-claviculaire gauche et au niveau desquels il n'est pas possible d'isoler le canal thoracique. En ouvrant le cran veineux brachéo-céphalique gauche et les veines afférentes, on voit sur la paroi interne de ces vaisseaux, au point d'abouchement du canal thoracique, un bourgeon de tissu cancéreux, du volume d'un gros pois, saillant dans la cavité vasculaire, qui paraît plein et au niveau duquel on ne trouve aucune trace d'orifice. Il se continue avec la masse indurée dans laquelle se perd le canal thoracique.

OBSERVATION IX

TROISIÈME. — *Presse médicale*, 21 mai 1898.

Femme âgée de 54 ans. Entrée à l'hôpital le 12 novembre 1896. Présente tous les signes d'un cancer de l'estomac sans tumeur épigastrique. Amaigrissement extrême. Développement rapide sur le fémur droit, vers sa partie moyenne, d'une tumeur fusiforme, paraissant encercler l'os et deux mois plus tard d'une tumeur de même nature sur le fémur gauche. Vers le 10 décembre, apparition d'un ganglion sus-claviculaire gauche, dur, bosselé, non douloureux qui augmenta peu à peu et devint gros comme une noix. Un ganglion dans l'aisselle gauche. En même temps, développement d'une tumeur sus-ombilicale, paraissant formée de ganglions et coiffée par le foie qui présente sur sa face antérieure deux gros noyaux cancéreux. Pas d'ascite. Mort le 18 février 1897.

Autopsie. — Large ulcération cancéreuse de l'estomac occupant la petite courbure. Pancréas envahi et adhérent à l'estomac. Foie augmenté de volume, infiltré de noyaux cancéreux. Nodules cancéreux dans le grand épiploon. Grosse masse ganglionnaire au-dessous du diaphragme, adhérent à l'aorte et à la veine cave. Pas d'ascite. Ganglions du médiastin dégénérés, ainsi que les trachéo-bronchiques. Noyaux cancéreux, entourés de lymphangite

cancéreuse dans les poumons. Dégénérescence cancéreuse des fémurs.

Dissection du canal thoracique faite par MM. Decloux et Nattan-Larrier : Citerne de Pecquet présente l'aspect d'une vésicule séminale injectée. Reçoit à sa partie inférieure un gros tronc lymphatique qui se perd dans la masse cancéreuse. Canal thoracique épaissi et moniliforme. L'altération cancéreuse se montre surtout au-dessus du diaphragme. Le canal thoracique se montre entre la grande azygos et l'aorte sous forme d'une trainée jaunâtre. En isolant, on voit qu'il est transformé en un cordon induré et bosselé de la grosseur d'une plume d'oie. Dans l'intervalle compris entre l'artère sous-clavière gauche et la carotide primitive on le voit adhérer à un ganglion dont il sillonne la face postérieure. Dans ses deux ou trois derniers centimètres il ne paraît presque plus altéré. Son embouchure dans la sous-clavière est libre. Au-dessus de la crosse de l'aorte le canal thoracique reçoit un gros vaisseau lymphatique aboutissant à un ganglion du volume d'une noisette. Sur des sections transversales on voit le canal thoracique rempli par une masse caséeuse. La paroi présente par places des épaississements.

Examen histologique fait par M. Letulle démontre qu'il s'agit d'un épithéliome des vaisseaux lymphatiques et du canal thoracique.

OBSERVATION X (1)

Communiquée par MM. MATHIEU et NATTAN-LARRIER.

Fils de cancéreux, le nommé B..., âgé de 60 ans, n'avait jamais été malade jusqu'au mois de juin 1896. Vers le début du mois de juillet 1896, le malade commença à souffrir de l'estomac. Il

(1) Cette observation a fait l'objet d'une communication à la *Société médicale des hôpitaux*, le 2 décembre 1898.

éprouvait alors de la douleur au niveau de l'épigastre et une sensation de constriction surtout marquée lorsqu'il était resté longtemps debout. Rien dans ses antécédents ne pouvait expliquer l'apparition de ces phénomènes. Gros mangeur il mangeait vite, mais mâchait bien ses aliments.

Il ne présentait pas de stigmate marqué d'éthylisme, il n'avait pris aucun médicament. Il était un peu irritable mais nullement neurasthénique. Du mois de juin au mois de décembre 1896 l'état gastrique semble s'aggraver. Les douleurs augmentent. Elles surviennent deux ou trois fois par jour, à n'importe quel moment de la journée, mais elles atteignent leur maximum 3 ou 4 heures après l'ingestion du repas. Ces douleurs étaient calmées par la prise d'aliments. Il n'y a pas de nausées, de vomissements ni de renvois. Le malade allait régulièrement à la selle. Au moment de son entrée à l'hôpital il était un peu constipé. Tout semblait donc indiquer une dyspepsie avec hyperesthésie et en l'absence de toute analyse du suc gastrique on pouvait penser à l'hyperchlorhydrie.

L'examen des organes abdominaux ne révélait rien de spécial. Il n'y avait pas de stase gastrique, on ne trouvait ni flot, ni clapotage, ni aucun point douloureux à l'épigastre, pas plus à la grande courbure qu'au pylore. Les dimensions du foie étaient normales. Rien à noter du côté du cœur et du poumon. Les urines ne renfermaient pas d'albumine. L'état du malade était bon et rien ne pouvait indiquer l'existence d'un cancer. Le malade était traité par le chlorate de soude et l'eau chloroformée. Il suivait le régime lacté et en deux jours, le 18 octobre, tous les phénomènes douloureux avaient disparu. Le 6 janvier pourtant la douleur reparait et n'est plus calmée par l'eau chloroformée. On met le malade au képhyr.

Le 16 janvier, l'eau chloroformée est remplacée par l'eau bromoformée. Le malade amélioré demande à manger. Il est mis au lait et aux œufs. Pourtant, pour la première fois, une palpation attentive de la paroi épigastrique donne à ce niveau une rémittence spéciale. C'est à 3 ou 4 travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde une sorte d'épaississement étendu transversale-

ment de gauche à droite et paraissant dépendre de la grande courbure.

Le 28 janvier, le malade qui ne souffre plus demande à manger deux degrés et les supporte bien. L'amélioration persiste jusque vers le 10 février et le malade demande alors à quitter le service. Il semble notablement amélioré, mais la rémittence est toujours perceptible à la région épigastrique. Son aspect est alors assez spécial. Son teint n'est pas jaune paille, mais très pâle.

Le 7 avril 1897, le malade demande à rentrer à l'hôpital. Depuis sa sortie il ne se trouve pas plus mal, mais il a beaucoup maigri, surtout pendant le mois de mars. On constate un amaigrissement très marqué, surtout au niveau des membres inférieurs. Les téguments de la face ont pris la teinte jaune paille caractéristique, mais n'est pas ictérique; d'ailleurs les urines ne contiennent pas de pigments biliaires.

A l'examen de la paroi épigastrique on constate facilement l'existence d'une grosse masse indurée perceptible à la simple inspection de l'abdomen, mais plus nette encore au palper. Cette masse est située presque tout entière à gauche de la ligne médiane. Elle s'étend depuis la 10^e côte à gauche jusqu'à 3 centimètres à droite de la ligne médiane; en haut elle remonte jusqu'à deux travers de doigt de l'appendice xyphoïde et en bas descend jusqu'à 3 centimètres. A la palpation superficielle, cette masse n'est pas plane, mais bosselée surtout à son extrémité gauche. Cette tumeur se termine à pic du côté de son bord inférieur, au contraire elle s'atténue graduellement à sa partie supérieure. Elle est légèrement mobile transversalement, mais nullement de haut en bas. A la percussion la tumeur est mate, mais elle présente à sa partie supérieure une région où il existe un peu de sonorité. Par l'intermédiaire de cette tumeur les battements de l'aorte sont facilement transmis. Cette palpation est un peu douloureuse. Pas de mouvements péristaltiques.

Le foie et la rate ne présentent rien de spécial. Le ventre est dur, ballonné, mais il n'y a ni ascite ni circulation collatérale. Quelque profonde et attentive que soit la palpation de l'abdomen

on ne trouve pas de ganglions prélobaires. Pourtant à gauche de la ligne médiane on croit sentir une induration volumineuse et douloureuse. Il semble pourtant exister quelques signes de compression prélobaire.

Le malade présente un double et assez volumineux varicocèle. Ce varicocèle n'a pas été constaté au premier passage du malade dans le service et ce malade ne peut fournir aucun renseignement sur son existence antérieure. Le malade se plaint d'avoir toujours les pieds froids. Il a un peu d'œdème, mais ses urines ne contiennent pas d'albumine.

Enfin lorsque l'on recherche les battements de la pédieuse on constate qu'ils sont très diminués et pourtant le malade est très médiocrement athéromateux.

La région sus-claviculaire à la simple inspection semble soulevée en masse. A la palpation on reconnaît l'existence de plusieurs ganglions. L'un d'eux gros comme une noisette à peu près situé à 1 centimètre et demi en dehors de l'extrémité interne de la clavicule derrière le chef du sterno-cléido-mastoidien soulève ce muscle.

Un autre est situé à la partie moyenne vers le confluent de la jugulaire qui est peut-être un peu comprimée car la jugulaire externe est distendue. Enfin il existe un gros ganglion derrière la partie moyenne de la clavicule. Rien de notable dans les fosses iliaques.

Les aines contiennent de nombreux petits ganglions.

Dans les aisselles on ne rencontre aucun ganglion caractéristique. Les selles ne présentent rien de spécial.

Le 17 *avril* on pèse le malade, son poids est de 64^{kg},700.

Le 27 *avril* il pèse 65 kilogrammes.

Le 1^{er} *mai* l'état est stationnaire. Poids 65 kilogrammes.

Le 11 *mai*. Poids 66^{kg},400.

Le 18 *mai*. Poids 65 kilogrammes.

Le 25 *mai*. Poids 64^{kg},200.

Le 1^{er} *juin*. Poids 62^{kg},400.

Le 8 *juin*. Poids 62^{kg},500.

Le 15 *juin*. Poids 62^{kg},400.

Le 29 *juin*. Poids 61 kilogrammes.

Pendant ce mois le malade prend du fluorure d'ammonium.

Il a des vomissements et l'inappétence est absolue. Il est remis au régime lacté. Les douleurs le plus souvent peu vives deviennent par moment très intenses.

A deux reprises le malade est calmé par l'extrait de cannabis indica. L'amaigrissement a fait d'énormes progrès.

On constate que la masse ganglionnaire est soulevée par la toux et paraît alors plus volumineuse.

Le 6 *juillet* le poids du malade est tombé à 60^{kg},300.

Le 8 *juillet* dans la nuit, le malade a eu un vomissement constitué par du sang noir rendu en petite quantité.

Le 13 *juillet* le poids est tombé à 60 kilogrammes. Pour des raisons morales on ne pèse plus le malade à partir de ce jour.

A partir du mois d'août l'amaigrissement s'accroît. La langue est sèche et brûlante. Le malade se plaint d'une sensation de soif intense. Il existe depuis le 15 juillet un œdème marqué des membres supérieurs et surtout du bras gauche. En avant des ganglions sus-claviculaires, on en trouve d'autres plus petits du volume d'un petit pois et roulant sous le doigt. On sent plus nettement que jamais la tumeur située au niveau de la grande courbure.

Au-dessus d'elle on trouve une surface dépressible où se produisent des gargouillements lorsque le malade vient de boire. Le malade a, la nuit, des soubresauts des membres, il délire. Ses urines contiennent un peu d'albumine et des pigments biliaires.

Le 5 *août*. Température 39° et 39°,2. Coma absolu.

Depuis le 15 juillet on lui fait des piqûres de morphine.

Le 6 *août*. Température 38°,2 et 38°,6. Période de coma entrecoupée par du délire calme. Le malade ne souffre plus et se sent mieux. Il paraît avoir eu des hallucinations auditives. La langue est toujours sèche. Le malade présente l'aspect d'un urémique. Urine 800 grammes, pigments biliaires très nets. Ni sucre, ni albumine. Vomissements alimentaires.

Le 7 *août*. Température 37°,2, 38°,2.

Le 8 août. Température 37°,8, 38°,2. Urine 500 grammes.

Le 9 août. Température 38°,2, 38°,4.

Le 10 août. Le malade toujours subdélirant meurt.

Autopsie. — Cœur 300 grammes, sain.

Rate 180 grammes, légèrement congestionnée et un peu sclérosée.

Foie 1,600 grammes, verdâtre à sa surface, vésicule biliaire distendue, bile verte. Les ganglions du hile sont envahis par le cancer. A la face convexe près de la fossette de la vésicule biliaire un petit noyau gros comme un grain de mil, jaune, peu saillant, néoplasique.

Intestin normal.

Rein gauche paraît légèrement atrophié. Sur son bord convexe semble présenter d'anciennes cicatrices d'infarctus.

Rein droit. Hydronéphrose très nette. Substance du rein réduite à 1 centimètre environ. Calices très dilatés. Hydronéphrose contient 200 grammes de liquide. A l'ouverture de l'uretère à 6 ou 8 centimètres du bassin on voit son calibre diminué et l'organe ouvert ne mesure que 2^{es},5. Puis quelques centimètres plus bas il reprend son calibre normal, le conserve pendant un parcours de 8 centimètres puis se rétrécit à nouveau sur un espace de 2 centimètres pour reprendre enfin son calibre normal jusqu'à la vessie.

Vessie normale.

Rectum normal.

Cul-de-sac de Douglas, quelques dépôts fibrineux.

Le testicule gauche contient un peu de liquide dans la vaginale, il paraît atrophié. L'épididyme est un peu gras mais ne contient pas de lésions tuberculeuses apparentes.

Poumon droit 600 grammes. Très emphysémateux. A son sommet, épaississement de la plèvre. Nodules cancéreux à la base de la grosseur d'un grain de mil. En d'autres points ces nodules variant de la taille d'un petit pois à celle d'une noisette, plats, deviennent saillants et siègent au niveau de la plèvre et du lobe inférieur. Pas traces de tuberculose ancienne et de lymphangite cancéreuse.

Poumon gauche, 400 grammes. Œdématisé. Nodules cancéreux très nombreux. Pas de lymphangite cancéreuse nette. Quelques adhérences au sommet.

Estomac : toute la face antérieure est sillonnée de lymphatiques cancéreux. Ces lymphatiques viennent aboutir à une masse rétractée qui semble être soit les ganglions de la petite courbure, soit le reste du grand épiploon largement infiltré par le cancer. La grosse tubérosité et la face antérieure sont aussi sillonnées de lymphatiques cancéreux. On voit les uns aboutir à des ganglions situés dans la petite courbure, les autres remonter dans le petit épiploon, former des canaux bosselés et arriver au hile du foie où existent de volumineux ganglions. La face postérieure de l'estomac présente un aspect analogue. La paroi paraît distendue sur toute son étendue et la grande courbure est manifestement infiltrée. A l'ouverture toute la surface interne de l'estomac, si ce n'est au sommet de la grosse tubérosité forme une masse pulpeuse, cérébriforme, donnant nettement l'impression d'un cancer en nappe. La muqueuse sur certains points atteint plusieurs centimètres d'épaisseur. Au niveau même de la petite courbure à 8 centimètres environ du pylore dans la paroi existe une petite excavation pleine d'un liquide jaune puriforme.

Toute la première partie du duodénum jusqu'à l'ampoule de Water, montre des petits plis saillants, congestionnés, durs et non ulcérés. Il s'agit d'un envahissement secondaire et l'ampoule de Water elle-même forme une petite tumeur grosse comme une noisette.

L'œsophage est intact.

Il n'y a pas traces d'ascite chyleuse.

La masse des ganglions prélobaires envahis par le cancer est considérable. Au niveau de la bifurcation de l'aorte existe une masse grosse comme un poing d'enfant. Derrière l'aorte vers le niveau du promontoire existe un abondant et élégant réseau de gros lymphatiques cancéreux formant une masse épaisse de 5 centimètres, haute de 4. Un lymphatique efférent gros comme un fil de fouet se détache pour venir s'unir à deux autres lymphatiques.

tiques cancéreux provenant de ganglions prélobaires gauche : ainsi paraît se former le canal thoracique.

Grossi bientôt de quelques troncs cancéreux provenant de la droite, il monte alors à droite et en arrière de l'aorte. A 4 centimètres du cardia, il lance un tronc derrière l'œsophage et ce tronc vient aboutir à un ganglion gros comme une amande. Puis le canal thoracique gros maintenant comme un porte-plume continue son trajet ascendant sans avoir en aucun point présenté de citerne de Pecquet. Mais un peu avant la crosse de l'aorte il forme un nouveau réseau très analogue au premier. Les premiers ganglions se trouvent alors en rapport avec le canal thoracique. Ce sont ces ganglions qui voisins du sommet de la plèvre étaient soulevés lorsque le malade toussait. Ils sont en rapport direct avec les ganglions susclaviculaires.

Le canal thoracique au-dessus de la crosse de l'aorte un peu diminué de volume semble se perdre tour à tour dans deux gros ganglions (ganglions de Troisier). Il forme quelques troncs aberrants, contourne l'artère sous-clavière, passe entre elle et sa carotide et vient se jeter dans le confluent des jugulaires. A ce niveau on voit une petite valvule dirigée à droite et au bas. A cette valvule adhère un caillot au moment de l'autopsie.

Les coupes du canal thoracique ont été pratiquées d'une part au niveau de son abouchement dans la veine sous-clavière, d'autre part au niveau de son origine. En ce point on constatait, comme il est dit plus haut, l'existence de branches afférentes envahies par le néoplasme. C'est de l'une de ces branches que nous nous occuperons d'abord.

Examiné à un faible grossissement, le canal thoracique se présente sous l'aspect suivant : la couche la plus externe ne paraît pas envahie par le néoplasme, elle est pourtant légèrement épaissie et présente en plusieurs points de fins vaisseaux qui semblent être l'indice d'une inflammation chronique. La couche musculaire du canal thoracique déjà fort épaissie à ce niveau est aisément reconnaissable. On aperçoit la lumière du canal et au premier abord il est déjà évident que l'on n'a point affaire à un

ganglion mais bien au canal thoracique lui-même. La lumière du vaisseau n'est pas absolument oblitérée par la matière néoplastique. On constate que la couche la plus interne est épaissie, irrégulière, semée de nombreuses cellules néoplasiques. La lumière du canal présente d'une part des cellules néoplasiques, d'autre part des amas où les noyaux sont difficilement colorables. Dans la couche interne immédiatement au-dessus de la couche circulaire des fibres musculaires, on constate l'existence d'un tissu conjonctif, épaissi, riche en cellules conjonctives sans contenir de lumières vasculaires.

Dans cette zone on voit la lumière du canal présentant des sortes de cloisonnement constitué par un tissu conjonctif très dense, au centre duquel on ne trouve ni vaisseaux très abondants, ni cellules néoplasiques. La paroi du canal lui-même est recouverte en quelques points seulement par une série de cellules volumineuses, irrégulières, multinucléées, néoplasiques, disposées en certains points en assise régulière. Ces cellules en ce point sont cubiques, un peu aplaties par pression réciproque. Ces cellules s'infiltrent en différents points dans la couche conjonctive du canal lui-même. Les régions où le néoplasme rappelle la disposition aréolaire sont d'ailleurs très rares.

Sur l'une des coupes on voit le processus cancéreux envahir très nettement la paroi même du canal thoracique en respectant toutefois la couche musculaire qui en aucun point n'est traversée par des noyaux épithéliomateux nettement cancéreux. La lumière du canal comme nous l'avons déjà dit n'est pas oblitérée en ces points, elle est rétrécie par les bourgeons fibreux, mais on doit se demander si ces cloisons fibreuses sont consécutives à la constitution du néoplasme. On remarquera à ce propos que s'il existe de volumineuses travées conjonctives qui pourraient avoir la valeur d'un fragment de valvule lymphatique, il s'en trouve aussi de très fines et très délicates, revêtues sur leurs deux faces d'épaisses couches néoplasiques. On constate également que l'épaisseur de la tunique interne de tout le canal thoracique est de beaucoup supérieure à la normale. La vascularisa-

tion n'est pas très accentuée. Le centre du canal est occupé d'une part par les éléments néoplasiques qui revêtent les bourgeons, ces cellules ne présentant rien de bien spécial, d'autre part on rencontre en certains points de volumineux amas de cellules cancéreuses mêlées à quelques cellules conjonctives et semblant appartenir à des bourgeons qui ont échappé au niveau de la coupe. On constate en différents points de ces amas néoplasiques des cellules cylindriques d'une netteté parfaite ou bien très aplaties par compression latérale, figurant quelques alvéoles. Enfin se trouve aussi des amas granuleux prenant mal les colorants d'élection et qui sont constitués par des cellules cancéreuses ayant subi une dégénérescence plus ou moins complète.

La participation de ces éléments à l'obstruction du canal thoracique varie suivant les points que l'on examine, mais les cellules en voie de dégénérescence, quelques masses fibrinoïdes et des masses cancéreuses se trouvent constamment, tandis que le développement des cloisons fibreuses peut être très peu accentué. Enfin, on doit noter sur d'autres coupes pratiquées plus haut que la tunique musculaire semble contenir quelques noyaux cancéreux. Rappelons, en terminant, que ces coupes sont faites à l'origine du canal thoracique au niveau d'une branche afférente et dont le volume ne dépasse pas le volume du canal normal.

Des coupes ont été pratiquées au niveau de l'abouchement du canal thoracique dans la veine sous-clavière. L'orientation de ces coupes est telle qu'on aperçoit en arrière la paroi postérieure de la veine sous-clavière. En avant, se trouve le canal thoracique que l'on ne voit pas traverser la paroi. En arrière, se rencontrent des lymphatiques volumineux plus ou moins envahis par le cancer; en dehors, 2 ou 3 petits ganglions manifestement cancéreux et qui faisaient partie de la chaîne à laquelle appartenait le ganglion sus-claviculaire.

Flottant dans la lumière de la veine, on aperçoit tout d'abord une masse assez volumineuse qui sur des coupes situées plus haut se rattachait directement à l'abouchement du canal. Cette masse est constituée par des strates fibrineuses très épaisses entre les-

quelles on voit des globules rouges plus ou moins altérés. La partie la plus voisine de l'abouchement du canal est constituée par une masse rosâtre légèrement granuleuse, contenant d'assez nombreux leucocytes et régulièrement distribués.

L'examen à un fort grossissement de la portion centrale du caillot montre que sa constitution est analogue comme aspect général à celle de la portion centrale des coupes du canal thoracique, mais ici dans les éléments mal colorés on ne peut plus reconnaître l'existence d'éléments néoplasiques. En un point de la coupe pourtant, correspondant à la partie la plus voisine de l'abouchement, on trouve 3 énormes cellules arrondies polynucléaires, à noyaux irréguliers et qui semblent manifestement être néoplasiques. La coupe est faite au-dessous de l'orifice. Une petite masse en tout semblable à celle que nous venons de décrire se rencontre également flottant dans la lumière de la veine. Elle est adhérente aux parois de l'orifice d'abouchement. Toutefois, elle semble moins riche en leucocytes et contient des cellules néoplasiques parfaitement nettes, disséminées à la périphérie, isolées par groupes de trois ou quatre ou formant des alvéoles.

L'examen de la forte saillie constituée par le canal soulevant la tunique veineuse présente des caractères plus particuliers. La disposition des couches fibreuse et musculaire qui l'environnent rappelle celle de la veine située en arrière de lui et avec laquelle on voit en certain point cette tunique se confondre. Cette couche est légèrement envahie par le cancer. On constate que vers le centre les éléments deviennent moins nombreux, moins facilement colorables, puis au centre même la coloration ne se fait plus ; à ce niveau, on constate des traînées de globules rouges, mais peu de leucocytes.

L'examen à un plus fort grossissement, la périphérie du canal présente sur certains points un envahissement très marqué des tuniques qui renferment de volumineux noyaux néoplasiques. On voit de légères cloisons fibreuses, circonscrivant des alvéoles remplis de masses cancéreuses. Le cancer affecte là tantôt une disposition irrégulière, tantôt une disposition alvéolaire. Les

épithéliums sont irréguliers et on n'en trouve guère qui affectent la forme cylindrique.

En certains points et en s'éloignant de la paroi, les noyaux cancéreux présentent une disposition curieuse. Au niveau de la masse homogène, où l'élection est faible, nous avons dit qu'il existait des amas de globules rouges plus ou moins altérés. Le bord de ces petits points hémorragiques est constitué nettement par une couche de cellules plus ou moins cubiques, irrégulièrement disposées à noyaux bourgeonnants ou polynucléaires, cancéreux. Cette disposition n'est pas constante, car il existe des globules rouges qui ne sont pas situés au centre des alvéoles.

Le centre même du canal est occupé par quelques épaisissements venant de la paroi, mais le tissu conjonctif mal reconnaissable est noyé dans un magma constitué par des éléments non colorables, et contenant quelques traînées fibreuses et des leucocytes. Au niveau du point examiné les vaisseaux de nouvelle formation sont très rares et rien ne permet de dire qu'il ait pu se former une circulation lymphatique ou sanguine compensatrice.

En arrière du bourgeon l'on n'est pas peu surpris de voir que les tuniques du vaisseau sont intactes. Il convient de constater toutefois que sur certains points, au niveau de la tunique moyenne, on rencontre des traînées de globules blancs semblant répondre à des vasa vasorum.

En arrière de la tunique veineuse se trouvent les lymphatiques afférents. Ceux-ci se présentent sous deux aspects : un premier canal assez volumineux, ne contenant pas de fibres musculaires correspond à un ganglion cancéreux. Existence au centre d'amas rétractés qui étaient en contact avec la paroi, épaisissement de la paroi, anfre formé par un amas contenant des cellules cancéreuses. Ce canal est situé un peu en dehors du plan de l'abouchement du canal thoracique.

En un autre point situé plus immédiatement en dehors du canal thoracique on trouve un petit canal à parois fibreuses, envahi par le cancer, revêtu de bourgeons tombant dans la lumière non oblitérée. Enfin tout à fait en dehors dans un plan qui

d'après la dissection devait correspondre au canal thoracique, on trouve un autre canal présentant une topographie bouleversée. L'épaisseur des fibres musculaires, la netteté du tissu conjonctif suffisent pour caractériser le canal thoracique. La tunique musculaire est envahie par le cancer. On y rencontre encore des lumières correspondant à des vasa vasorum. Quant au centre sur certains points il présente la disposition déjà décrite : amas granuleux mal colorable, assez pauvre en globules blancs, cellules cylindriques plus ou moins régulières. Enfin dans quelques points les végétations du tissu conjonctif s'entrecroisant en tous sens et s'anastomosant sont si nombreuses, les cellules cancéreuses sont si nettes que l'aspect rappelle certains kystes papillaires de l'ovaire ou certaines tumeurs du sein.

Quant au ganglion, son aspect néoplasique est tout à fait caractéristique. On doit noter qu'il contient encore quelques follicules sains et que le centre des follicules envahis contiennent également des éléments nombreux non colorables.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer du canal thoracique est toujours secondaire. Les cas constatés jusqu'à présent sont consécutifs aux cancers abdominaux et en particulier aux cancers de l'utérus, de l'estomac, du testicule, etc.

II. — Cette complication peut être soupçonnée en clinique. Le diagnostic se fonde sur l'envahissement des ganglions sus-claviculaires, des organes lymphatiques de l'abdomen et du thorax, sur l'amaigrissement rapide, sur la phlébite du membre supérieur gauche. Aucun de ces signes ne paraît avoir de valeur en lui-même, « ils ne valent que par leur ensemble ».

III. — L'ascite chyloforme coexiste rarement avec le cancer du canal thoracique, elle en constitue une complication secondaire.

IV. — Au point de vue anatomo-pathologique le cancer du canal thoracique est total ou partiel.

V. — Dans la plupart des cas il a été secondaire à un épithélioma.

VI. — Au point de vue histologique la propagation semble se faire des couches les plus internes du canal vers

les couches les plus superficielles. L'oblitération peut être complète, soit qu'elle résulte de la réplétion du canal par des masses cancéreuses plus ou moins dégénérées, soit que la lumière s'oblitére par suite de la formation de cloisons conjonctives contenant des cellules cancéreuses ; exceptionnellement il peut être envahi par contiguïté.

VII. — Le cancer du canal thoracique, symptôme sans doute tardif, semble hâter l'évolution de la maladie primitive.

VU :

Le Président de Thèse,
CORNIL.

VU :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	7
Historique.	9
Étiologie du cancer du canal thoracique.	14
Étude clinique	19
Anatomie pathologique générale du cancer du canal thoracique. . .	33
Conclusions.	60



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT